

Dziecko po śmierci rodzica lub innej znaczącej osoby

A child after the death of a parent or another important person

Katarzyna Stachnik, Aleksandra Kotlińska-Lemieszek

Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego, Hospicjum Palium w Poznaniu

Streszczenie

Strata rodzica lub innej znaczącej osoby to dla dziecka jedno z najtrudniejszych doświadczeń życiowych, mających wpływ na wszystkie sfery jego życia w okresie dzieciństwa i radzenia sobie w życiu dorosłym. Na podstawie przeglądu literatury i doświadczenia pracy w zespole opieki nad osieroconymi, w artykule omówiono sposoby funkcjonowania dziecka w żałobie po stracie rodzica lub innej znaczącej osoby, adekwatne do wieku rozumienie tego procesu, czynniki wpływające na utrudnienie lub niemożność przeżywania procesu żałoby oraz potencjalne następstwa osierocenia w dzieciństwie. Opieka paliatywna obejmuje zakresem działania również rodzinę i bliskich chorego, co dotyczy szczególnie dzieci zmarłych pacjentów i stanowi jedno z najtrudniejszych zadań dla zespołów hospicyjnych.

Słowa kluczowe: śmierć rodzica, osierocenie, żałoba, interwencje terapeutyczne.

Abstract

Loss of a parent or other important person is one of the most difficult life experiences for a child, affecting all spheres of his/her life during childhood and coping with adult life. Based on the review of the literature and bereavement service experience, the article presents how the loss of a parent or another important person affect child's functioning, age-appropriate understanding of this process, factors affecting the difficulty or inability to experience the process of bereavement and the potential consequences of bereavement in childhood. Palliative care provides care for patients with life-limiting diseases and their relatives, and children in particular. The care of a bereaved child is one of the most difficult tasks for hospice teams.

Key words: death of a parent, bereavement, interventions.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek, Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej,
os. Rusa 55, 61-245 Poznań, Poland, e-mail: alemieszek@ump.edu.pl

WSTĘP

Żałoba stanowi reakcję na doświadczenie straty. Ten charakterystyczny stan odczuć i reakcji psychicznych odbywa się na przestrzeni czasu i okoliczności ukazujących brak osoby zmarłej. Utrata rodzica to dla dziecka jedno z najtrudniejszych doświadczeń życiowych. Szacuje się, że w krajach rozwiniętych 3–4% dzieci traci co najmniej jednego rodzica przed ukończeniem 18. roku życia [1]. Dla małego człowieka, mogącego funkcjonować tylko pod opieką innych, zmiana ta wpływa na wszystkie sfery życia, zarówno w dzieciństwie, jak i na późniejszych etapach,

w tym na radzenie sobie w dorosłości oraz zachowanie dobrostanu fizycznego i psychicznego [1–4].

Celem pracy był przegląd literatury dotyczącej sposobów funkcjonowania dziecka po stracie rodzica lub innej znaczącej osoby, czynników wpływających na utrudnienie lub niemożność przeżywania procesu żałoby przez dzieci oraz potencjalnych następstw osierocenia w dzieciństwie. Przegląd literatury przeprowadzono na podstawie przeszukania bazy Medline (od jej powstania do końca 2018 r.). Wprowadzono następujące słowa kluczowe: *parental death, death of a parent, death of siblings, bereavement, grief, children, support*.

DZIECKO W SYTUACJI ŻAŁOBY

To od dorosłych (przebywających w najbliższym otoczeniu) dziecko uczy się sposobów okazywania smutku i żalu po stracie. Wraz z wiekiem i przebiegiem faz rozwojowych poszerza się krąg możliwości czerpania wiedzy, nabywania doświadczeń i sposobów radzenia sobie w sytuacjach przekraczających kompetencje osoby nieletniej.

Do niedawna niewiele uwagi i co za tym idzie niewiele badań poświęcano zagadnieniom związanym z osieroceniem i przeżywaniem żałoby przez dzieci i osoby dorastające (12–18 lat) [1]. W jeszcze większym stopniu dotyczy to dzieci, które utraciły oboje rodziców lub inną znaczącą osobę, z którą dziecko wytworzyło silną relację emocjonalną (rodzeństwo, dziadkowie biorący czynny udział w życiu dziecka, szczególnie dziadkowie zastępujący dziecku rodziców) [5].

Na sposób przeżywania żałoby przez dziecko, które straciło rodzica lub inną znaczącą dla niego osobę, wpływa rodzaj śmierci (nagła lub poprzedzona przewlekłą chorobą), wiek dziecka i etap rozwojowy, struktura systemu rodzinnego, sposoby radzenia sobie z żałobą przez pozostałych członków rodziny (ze szczególną rolą bezpośredniego opiekuna), sytuacja ekonomiczna, współwystępowanie innych zagrożeń (np. uzależnień w rodzinie), a także zakres otrzymanej pomocy (w tym również materialnej) oraz uzyskane wsparcie w procesie zrozumienia i przeżywania żałoby [3, 6–9]. Należy też zauważyć, że intensywność przeżywania żałoby zależy od pozycji zajmowanej w rodzinie przez zmarłego: im większy udział w życiu rodziny, tym bardziej odczuwany przez dziecko brak po śmierci. W przypadku rodzin, w których dużą wagę przywiązuje się do roli i pozycji poszczególnych jej członków, śmierć któregoś z nich stwarza wyjątkowo trudną sytuację. Jeżeli obowiązki zmarłego nie zostaną przejęte przez innego członka rodziny, może nastąpić utrata stabilności całego systemu rodzinnego, co jest niekorzystne zwłaszcza dla funkcjonowania i rozwoju nieletnich [10].

Próbując poradzić sobie ze stratą rodzica, dzieci starają się podtrzymać pamięć o nim i zachować relacje [11, 12]. Przejawia się to zwykle fantazjowaniem na temat osoby zmarłej, często z odczuciem (przekonaniem) o realnej jej obecności (każdą osobę podobną mogą utożsamiać z rodzicem) czy pragnieniem śmierci w celu ponownego spotkania się z nią. Wielu nieletnim nie zapewnia się możliwości towarzyszenia rodzicowi w trakcie choroby i pożegnania z nim przed śmiercią. W badaniach Park i wsp. dotyczyło to 26–38% rodziców dzieci, co dodatkowo utrudnia proces przeżywania przez nie żałoby [13, 14].

Jeśli po śmierci rodzica w najbliższym swoim otoczeniu dzieci znajdują akceptację do podejmowania

tematów związanych z doświadczeniem umierania i śmierci, chcą rozmawiać o zmarłym, wspominać go, zrozumieć, co się wydarzyło [12]. Nie zawsze jest to jednak możliwe, zwłaszcza jeśli aktualny opiekun nie daje na to przyzwolenia, chcąc – co zdarza się często – chronić dziecko przed silnymi emocjami. Dzieci we wszystkich grupach wiekowych wnikliwie obserwują zachowania rodzica, sposób jego radzenia sobie w żałobie i życiu codziennym, niekiedy nawet naśladują [6, 7]. To właśnie opiekun wywiera znaczący wpływ na to, jaki obraz zmarłego rodzica zachowa w pamięci dziecko i jakim pozostanie on w pamięci rodzinnej [15]. W przypadku, gdy partnerzy nie mieli okazji ustalić wspólnej strategii dalszej opieki nad dzieckiem przez pozostającego przy życiu rodzica, późniejsza samotna już rola opiekuna może nastroczać wiele problemów, co jest z reguły znacznie trudniejsze dla ojców. Doświadczając choroby i następnie śmierci partnerki–matki, wielu mężczyzn żywi przekonanie, że nie otrzymało od niej właściwej „instrukcji”, jak postępować z dzieckiem (dziećmi), zarówno w odniesieniu do sytuacji przeżywania straty, jak i w innych kwestiach życiowych [16].

ŚMIERĆ RODZICA – JEDYNEGO OPIEKUNA

Jednym z najtrudniejszych przypadków jest śmierć rodzica samotnie wychowującego dziecko. Jeśli towarzyszy temu brak odpowiedniego wsparcia i zapewnienia opieki ze strony dalszej rodziny, dla dziecka oznacza to całkowitą utratę poczucia bezpieczeństwa, co znacząco wpływa na proces przeżywania przez nie żałoby. Jak pokazują badania (co też potwierdza praktyka), nie wszyscy samotni rodzice w sytuacji zagrażającej życiu choroby wykazują gotowość podjęcia tematu opieki nad dzieckiem (dziećmi) po ich śmierci i podjęcia działań w celu zapewnienia tej opieki [17].

Analogicznie, również w sytuacji, gdy rodzic po śmierci partnera – drugiego opiekuna, nie może z różnych powodów podjąć trudowi wychowawczemu, zapewnić właściwych warunków lokalowych i/lub któremu zostają ograniczone lub odebrane prawa do opieki, naraża to dziecko na przeżywanie wielokrotniej straty (rodziców, domu, szkoły, przyjaciół). Należy pamiętać, że nie w każdym przypadku oznacza to brak więzi między członkami rodziny i bywa, że dzięki pomocy w poprawie np. sytuacji ekonomicznej dziecko może powrócić do rodziny.

DZIECI Z RODZIN O NIŻSZYM STATUSIE SPOŁECZNYM I EKONOMICZNYM

Dzieci z rodzin o niskim statusie społecznym i ekonomicznym mają znacznie większe trudności

w przeżywaniu procesu żałoby po stracie rodzica, narażone są na większe ryzyko pojawienia się dodatkowych problemów w przyszłości, m.in. w budowaniu satysfakcjonujących relacji w dorosłym życiu (badania własne), niekiedy problemów z prawem [3]. Szczególnie trudna sytuacja dotyczy dzieci alkoholików. Jeżeli jeden lub oboje (zmarły i pozostający przy życiu), a niekiedy i dalsza rodzina nadużywają lub nadużywali alkoholu albo innych substancji psychoaktywnych, generuje to nierzadko zachowania z użyciem przemocy. W takim przypadku można spodziewać się u dziecka długofalowych skutków i problemów w dorosłym życiu [10].

WIEK DZIECKA A SPOSOBY PRZEŻYWANIA ŻAŁOBY

Intensywność przeżywania żałoby i jej formy zmieniają się wraz z czasem dzielącym od śmierci i następującymi fazami rozwojowymi dziecka. Im młodsze, słabiej ukształtowane dziecko, tym może pojawić się więcej zagrożeń dla jego prawidłowego rozwoju, a nierozwiązane sytuacje kryzysowe skutkują późniejszymi długotrwałymi trudnościami. Na każdym etapie rozwoju uświadamiany boleśnie brak obecności rodzica (zwłaszcza rodzica tej samej płci co dziecko) na nowo budzi proces doświadczania i przeżywania straty. Wpływ wieku dziecka na sposób rozumienia, czym jest śmierć, i przeżywania żałoby oraz zagrożenia dla rozwoju dziecka związane ze stratą osoby bliskiej zostały przedstawione w tabeli 1.

STRATEGIE DYSFUNKCYJNE PRZYJMOWANE PRZEZ RODZINĘ W TRAKCIE CHOROBY PACJENTA – WPŁYW NA PRZEŻYWANIE ŻAŁOBY PRZEZ DZIECKO

Zmagając się z trudnymi sytuacjami związanymi z chorobą i śmiercią bliskiego, każda rodzina ujawnia specyficzne strategie radzenia sobie. W przypadku zrozumienia procesu żałoby i przeżywania doświadczanego smutku przez wszystkich jej członków można spodziewać się w miarę harmonijnego (przewidywalnego) jej przebiegu. Nieco inaczej przedstawia się sytuacja, gdy rodzina przyjmuje strategie dysfunkcyjne [18]. Za takie strategie uznaje się:

- izolację osoby chorej u schyłku życia od członków rodziny,
- istnienie mechanizmu zaprzeczania chorobie mogącej doprowadzić do śmierci,
- pojawienie się u członków rodziny objawów choroby pacjenta – zauważanie u siebie potencjalnych zagrożeń chorobą,

- odreagowywanie i rzutowanie negatywnych uczuć na pozostałych członków systemu rodzinnego,
- zaniechanie kontaktów społecznych,
- ucieczkę w aktywności odbywające się poza domem, poza systemem rodzinnym,
- przyjmowanie postawy, w której wszystkie sfery funkcjonowania rodziny zawładnięte są przez chorobę,
- zachowania destrukcyjne, np. nadużywanie substancji psychoaktywnych [19].

W takich przypadkach można spodziewać się zaistnienia sytuacji powodujących liczne dalsze komplikacje w codziennym funkcjonowaniu i radzeniu sobie z żałobą przez wszystkich członków rodziny. Staje się to jeszcze trudniejsze, kiedy dotyczy dzieci: wpływa na generowanie u nich postaw życiowych wobec trudnych, zagrażających sytuacji i sposobów nieadekwatnego radzenia sobie z nimi, włączając w to proces przeżywania żałoby.

CZYNNIKI UTRUDNIAJĄCE PRZEŻYWANIE ŻAŁOBY PRZEZ DZIECI

Wśród czynników wpływających na utrudnienie przeżywania procesu żałoby u dzieci należy wyróżnić:

- **brak jasnej komunikacji z dzieckiem** w okresie choroby rodzica, który skutkuje utratą zaufania do obecnego opiekuna [20]. Dziecko, mając poczucie, że jest pomijane, nie chce się dzielić doznaniem związanymi z przeżywaniem żałoby oraz innymi ważnymi dla niego sprawami,
- **brak zaufania dziecka co do właściwej opieki nad chorym** skutkuje podwyższonym poziomem rozgoryczenia, zwiększonym ryzykiem depresji i zachowań autodestrukcyjnych [21], utrzymującymi się również po śmierci bliskiej osoby,
- **brak przygotowania dziecka na odejście bliskiej osoby** – jeśli doświadczenie śmierci było szokujące (np. nagła śmierć, śmierć niespodziewana w obecności dziecka), może ono odczuwać trudny do opisu smutek. Pod jego wpływem pojawiają się natrętne wspomnienia, myśli i uczucia. Niepokój prowadzi do eliminowania bodźców przypominających o stracie. Dziecko stara się unikać myślenia lub mówienia o zmarłym rodzicu, wspomniania przedmiotów, miejsc i czynności z nim związanych [22]. Niestety dorośli często błędnie uznają, że jeśli dziecko nie mówi o zmarłym, to oznacza, że nie przeżywa jego straty, co wtórnie skutkuje brakiem właściwego wsparcia,
- **trudności z zaakceptowaniem śmierci rodzica** – dziecko, mając trudności z zaakceptowaniem śmierci rodzica, może odczuwać tęsknotę, która wyraża się poprzez patrzenie na nowe sytuacje przez pryzmat nieobecności zmarłego i braku

Tabela 1. Wpływ wieku dziecka na sposób rozumienia, czym jest śmierć, i przeżywania żałoby, zagrożenia dla rozwoju dziecka związane ze stratą osoby bliskiej oraz możliwe interwencje terapeutyczne (na podstawie literatury [12] i doświadczeń własnych)

| Faza rozwojowa | Sposób rozumienia śmierci | Przejawy zachowań po stracie | Kryzys rozwojowy | Działania wspierające |
|----------------|---|--|--|--|
| 0–2 lata | – brak zrozumienia; płacz z powodu nieobecności bliskiej osoby (zwłaszcza matki) | – niepokój – płaczliwość – poszukiwanie stałej osoby, która wcześniej pojawiła się regularnie – lgnięcie do innych (również obcych) | – zaburzenie procesu budowania więzi | – stała relacja z jednym opiekunem – zapewnienie podstawowych potrzeb – dbanie o rozwój psychomotoryczny |
| 2–5 lat | – niezrozumienie nieodwracalności śmierci – niewłaściwe pojmowanie przyczynowości – napięcie związane z rozstaniem – trudności w wyrażaniu za pomocą słów tego, co myślą i czują | – poszukiwanie zmarłej osoby – bunt i niechęć – lgnięcie do innych osób – drażliwość – płaczliwość – niepokój – brak apetytu, utrata masy ciała – zmniejszona aktywność – lęki nocne – moczenie się – zaburzenia defekacji – podatność na infekcje – zaburzenia rozwoju mowy | – zaburzenia w budowaniu autonomii – trudności w przystosowaniu do edukacji przedszkolnej – zauważenie inności na tle grupy – brak drugiego opiekuna | – zapewnienie poczucia bezpieczeństwa poprzez budowanie relacji z otoczeniem – utrzymanie stałego rytmu funkcjonowania – gotowość do okazywania czułości i przytulania – umiejętność do wieku odpowiadania na pytania |
| 5–7/8 lat | – 5–7 r.ż. – nadal niezrozumienie nieodwracalności śmierci – 5–8 r.ż. – często negacja jako pierwsza reakcja na śmierć – 6–7 r.ż. – uważanie martwych przedmiotów za żywe | – niechęć do rozmów o zmarłym – przeżywanie żałoby podobnie jak dorośli (naśladowanie zachowań) – wycofanie z kontaktów z rówieśnikami – idealizowanie osoby zmarłej – postawa zamknięta – ukrywanie emocji, płacz w ukryciu – zachowania agresywne – koszmary sennie – zabawy w pogrzeb, śmierć – obawy o swoje zdrowie – lęk o drugiego rodzica – chęć przejścia roli zmarłego – myśli o śmierci – chęć bycia z osobą zmarłą – problemy z nauką – obniżona samoocena | – utrudniona identyfikacja z płcią (zwłaszcza przy śmierci rodzica tej samej płci co dziecko) – poczucie winy – obniżona samoocena | – pomoc w nazywaniu i przeżywaniu emocji – gotowość do rozmów o śmierci i odchodzeniu (szczególnie w kontekście wcześniejszej choroby) – adekwatne do wieku zaspokojenie ciekawości dziecka co do aspektów odchodzenia i śmierci – utrzymywanie kontaktu z placówką edukacyjną – pobudzanie w dziecku zainteresowań, hobby – odciążenie z poczucia winy, – zapewnienie możliwości funkcjonowania w roli dziecka bez przejmowania odpowiedzialności za funkcjonowanie rodziny |
| 8–11/12 lat | – 7–9 r.ż. – w miarę ukształtowana koncepcja śmierci – 8–9 r.ż. – uświadomienie sobie własnej śmiertelności – 7–10/11 r.ż. – chęć poznania interesujących dla dziecka szczegółów związanych ze śmiercią | – trudności z okazywaniem emocji – nadmierna kontrola – zachowania buntownicze – stwarzanie pozorów niezależności w celu zamaskowania prawdziwych uczuć – poczucie inności | – poczucie niższości | – uświadomienie powiązania odczuć i zachowań ze stratą bliskiej osoby – stawianie granic – stworzenie obszaru do odreagowania – rozwijanie potencjału dziecka |
| 12–18 lat | – pełne zrozumienie nieodwracalności śmierci – pytania o sens | – podejmowanie zachowań ryzykownych – ucieczka od przeżywania trudnych emocji – agresja i autoagresja – depresja – poczucie przeciążenia odpowiedzialnością – nadmierne przejmowanie odpowiedzialności – myśli samobójcze – chęć rozmowy o sytuacji straty z osobą obcą – problemy z nauką | – brak poczucia tożsamości grupowej – alienacja – trudności w rozróżnieniu reakcji związanych z procesem dojrzewania i przeżywaniem żałoby – śmierć rodzica może opóźnić moment separacji (zwłaszcza dzieci najstarszych i tej samej płci co zmarły) | – przyzwolenie na przeżywanie emocji związanych ze stratą – odciążenie od konieczności przejścia roli osoby zmarłej – interwencja w przypadku destrukcyjnych zachowań, – zauważanie stanów emocjonalnych, zwłaszcza w przypadku niepokojących reakcji lub nastrojów – ułatwienie uzyskania profesjonalnej pomocy |

możliwości dzielenia się z nim nowymi przeżyciami [23], co w destrukcyjny sposób wpływa na sposób radzenia sobie w życiu,

- **objawy lęku i depresji** – w przypadku nastolatków objawy lęku i depresji pojawiają się z reguły w ciągu 2 lat po stracie; wykazano związek częstości występowania tych objawów z sytuacją społeczno-ekonomiczną rodziny [3],
- **pogorszenie sytuacji socjalno-bytowej** – jeśli ze śmiercią członka rodziny wiąże się bezpośrednio pogorszenie warunków socjalno-bytowych, proces adaptacji do nowej sytuacji jest jeszcze trudniejszy,
- **nagłą utratę rodzica** – nagła utrata rodzica w wyniku wypadku, samobójstwa, zabójstwa, działań wojennych, aktu terroryzmu lub innych zdarzeń nagłych wpływa na ryzyko pojawienia się objawów stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) i traumatycznego żalu [22, 24, 25]. Jeżeli dziecko poradzi sobie z tymi objawami, nadal pozostaje ryzyko zwiększonych trudności w codziennym funkcjonowaniu oraz nawrotu objawów [9].

BEZPOŚREDNIE I PÓŹNIEJSZE NASTĘPSTWA ŚMIERCI RODZICA W ŻYCIU DZIECKA

Dziecko po stracie rodzica może doświadczać pogorszenia funkcjonowania w szkole, np. problemów z koncentracją lub zachowaniem – są one powodem uzyskiwania gorszych wyników w nauce i pogorszenia jakości relacji z nauczycielami i rówieśnikami. Wykazano, że w okresie przeżywania żałoby młodzi ludzie uzyskują gorsze wyniki w nauce i mają problemy z planowaniem przyszłej edukacji [26]. Ze względu na fakt, że pozostały przy życiu rodzic sam również przeżywa proces żałoby, jednocześnie starając się pogodzić obowiązki związane z opieką nad rodziną, dzieci zwykle otrzymują mniej uwagi i wsparcia w zakresie zdobywania wykształcenia i przygotowania do dorosłego życia [27]. Doświadczenie śmierci rodzica może również prowadzić do większej podatności na stres oraz zwiększonego ryzyka pojawienia się i utrzymywania nasilonych objawów somatycznych [28, 29]. Tendencja ta może się utrzymywać w ciągu całego życia osoby osieroczonej. U co piątego dziecka osieroczonego stwierdza się istotnie wyższe ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych (zaburzeń nastroju, zaburzeń lękowych, PTSD) [6], co wiąże się z kolei z wyższym ryzykiem depresji. Ryzyko wystąpienia depresji jest najwyższe w następstwie nagłej, niespodziewanej śmierci rodzica lub znaczącej osoby [8, 30–32]. Z badań grupy skandynawskiej wynika, że śmierć rodzica w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania podwyższa ryzyko śmiertelności w dzieciństwie, w okresie dojrzewania i we wczesnej dorosłości [33, 34].

Utrata rodziców w dzieciństwie wiąże się również ze zwiększonym długotrwałym ryzykiem samobójstwa [35].

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA ZŁAGODZENIE PROCESU PRZEŻYWANIA ŻAŁOBY

Wśród czynników, które w sposób korzystny wpływają na złagodzenie procesu przeżywania żałoby, można wymienić:

- **wdrożenie terapeutycznej opieki nad rodziną** przez zespół specjalistyczny opieki paliatywnej lub inny zespół opiekujący się osobami osieroczonymi w trakcie choroby bliskiej osoby i w miarę potrzeby również po jej śmierci – wpływa to na zmniejszenie niepokoju i depresji po śmierci rodzica, zwłaszcza u nastolatków [36],
- **wprowadzenie interwencji psychologicznych z wyprzedzeniem**, za życia śmiertelnie chorego rodzica, zwłaszcza w sytuacji rodzin z młodszymi dziećmi, co poprawia jakość komunikacji w rodzinie i zwiększa kompetencje radzenia sobie z problemami dziecka przez oboje rodziców, a docelowo wpływa na poprawę stanu psychicznego rodzica, który po śmierci partnera kontynuuje opiekę nad dzieckiem [37],
- **świadome stosowanie praktyk wychowawczych** (akceptacji, ciepła, stworzenia obszaru do wyrażania uczuć, również związanych z przeżywaniem żałoby czy stawianie granic) – mają wpływ na zmniejszenie ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych u dzieci, zarówno w perspektywie krótkoterminowej, jak i długoterminowej [1, 38, 39],
- **posiadanie dodatkowych źródeł wsparcia**, np. w społeczności lokalnej, lub religijność rodziny i przynależność do grupy religijnej stwarza grunt do lepszego przystosowania się w dalszym życiu po śmierci członka rodziny [7]. Należy jednak pamiętać, że w przypadku środowisk związanych z niektórymi grupami religijnymi nie istnieje przyzwolenie na przeżywanie np. gniewu, co może stanowić czynnik niekorzystny w procesie przeżywania żałoby, mogący sprzyjać m.in. depresji u członków rodziny.

INTERWENCJE TERAPEUTYCZNE U DZIECI

Wśród interwencji podejmowanych w przypadku dzieci w okresie żałoby należy wymienić:

- uczestnictwo w grupach wsparcia dla dzieci [40],
- pomoc skierowaną do rodzin poprzez poradnictwo, wsparcie materialne i inne [28, 37, 39, 41],
- specjalistyczne poradnictwo dla rodziców [42],
- organizację kolonii i obozów dla dzieci po stracie [43].

Większość z proponowanych interwencji skierowanych jest przede wszystkim do dzieci w wieku szkolnym. Należy stwierdzić jednocześnie brak projektów i badań dotyczących interwencji możliwych do zastosowania u młodszych dzieci. Badacze są jednak zgodni, że ta grupa wiekowa będzie wymagała zastosowania innowacyjnych metod również o charakterze jakościowym – wyrażanych przez sztukę czy zabawę [44, 45]. Na stronach organizacji prowadzących wsparcie dla dzieci w żałobie można znaleźć informacje o możliwościach uzyskania pomocy, np. numer infolinii, kontakt do osób w pobliżu miejsca zamieszkania mogących udzielić pomocy, możliwość umówienia spotkania z psychologiem, miejsca i terminy spotkań grup dla osób po stracie, porady dla opiekunów i nauczycieli [46–49].

PODSUMOWANIE

Przegląd literatury i aktualne doświadczenia zespołów hospicyjnych pokazują wagę problemów związanych z utratą rodzica lub innej znaczącej osoby w życiu dziecka i jej wpływ na kwestie związane z funkcjonowaniem również w życiu dorosłym. Obserwując niepokojący wzrost liczby zachorowań i śmierci wśród osób w wieku produkcyjnym, należy przypuszczać, że coraz większa liczba młodych ludzi będzie wymagała zastosowania adekwatnych systemów wsparcia. Trudno jest jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie o granice czasowe procesu żałoby u dzieci, gdyż istnieje ryzyko pojawienia się poważnych reakcji wiele lat po doświadczeniu straty. Zjawisko to wymaga dalszych dobrej jakości badań, włączając ocenę realizowanych już obecnie programów.

PIŚMIENNICTWO

- Bergman A-S, Axberg U, Hanson E. When a parent dies - a systematic review of the effects of support programs for parentally bereaved children and their caregivers. *BMC Palliat Care* 2017; 16: 39.
- Gray LB, Weller RA, Fristad M, Weller EB. Depression in children and adolescents two months after the death of a parent. *J Affect Disord* 2011; 135: 277-283.
- Stikkelbroek Y, Bouden DHM, Reitz E i wsp. Mental health of adolescents before and after the death of a parent or sibling. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016; 25: 49-59.
- Hamdan S, Melhem NM, Porta G i wsp. Alcohol and substance abuse in parentally bereaved youth. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: 828-833.
- Mahon MM. Secondary Losses in Bereaved Children when Both Parents have Died: A Case Study. *OMEGA - J Death Dying* 1999; 39: 297-314.
- Dowdney L. Childhood bereavement following parental death. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41: 819-830.
- Howell KH, Shapiro DN, Layne CM, Kaplow JB. Individual and psychosocial mechanisms of adaptive functioning in parentally bereaved children. *Death Stud* 2015; 39: 296-306.
- Melhem NM, Moritz G, Walker M i wsp. Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46: 493-499.
- Melhem NM, Walker M, Moritz G, Brent DA. Antecedents and sequelae of sudden parental death in offspring and surviving caregivers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008; 162: 403-410.
- de Barbaro B. Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1999.
- Blank NM, Werner-Lin A. Growing up with grief: revisiting the death of a parent over the life course. *Omega* 2011; 63: 271-290.
- Herbert M. Żałoba w rodzinie – jak pomóc cierpiącym dzieciom i ich rodzinom. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2005.
- Park EM, Check DK, Yopp JM i wsp. An exploratory study of end-of-life prognostic communication needs as reported by widowed fathers due to cancer. *Psychooncology* 2015; 24: 1471-1476.
- Park EM, Deal AM, Yopp JM i wsp. End-of-life experiences of mothers with advanced cancer: perspectives of widowed fathers. *BMJ Support Palliat Care* 2016; 6: 437-444.
- Nickman SL, Silverman PR, Normand C. Children's construction of a deceased parent: the surviving parent's contribution. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68: 126-134.
- Park EM, Deal AM, Yopp JM i wsp. End-of-life parental communication priorities among bereaved fathers due to cancer. *Patient Educ Couns* 2017; 100: 1019-1023.
- Muriel AC, Moore CW, Baer L i wsp. Measuring psychosocial distress and parenting concerns among adults with cancer: the Parenting Concerns Questionnaire. *Cancer* 2012; 118: 5671-5678.
- Ostrowska A. Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1991.
- Hann N. Coping and Defending. Elsevier Academic Press, New York 1977.
- Ellis J, Dowrick C, Lloyd-Williams M. The long-term impact of early parental death: lessons from a narrative study. *J R Soc Med* 2013; 106: 57-67.
- Beernaert K, Kreicbergs U, Fürst CJ i wsp. Distrust in the End-of-Life Care Provided to a Parent and Long-Term Negative Outcomes Among Bereaved Adolescents: A Population-Based Survey Study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 2017; 35: 3136-3142.
- Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating childhood traumatic grief: a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 1225-1233.
- Spuij M, Reitz E, Prinzie P i wsp. Distinctiveness of symptoms of prolonged grief, depression, and post-traumatic stress in bereaved children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012; 21: 673-679.
- Cohen JA, Mannarino AP. Treatment of childhood traumatic grief. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33: 819-831.
- Brown EJ, Goodman RE. Childhood traumatic grief: an exploration of the construct in children bereaved on September 11. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34: 248-259.
- Brent DA, Melhem NM, Masten AS i wsp. Longitudinal effects of parental bereavement on adolescent developmental competence. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2012; 41: 778-791.
- Kwok O, Haine RA, Sandler IN i wsp. Positive parenting as a mediator of the relations between parental psychological distress and mental health problems of parentally bereaved children. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2005; 34: 260-271.
- Luecken LJ, Kraft A, Appelhans BM, Enders C. Emotional and cardiovascular sensitization to daily stress following childhood parental loss. *Dev Psychol* 2009; 45: 296-302.
- Luecken LJ, Roubinov DS. Pathways to lifespan health following childhood parental death. *Soc Personal Psychol Compass* 2012; 6: 243-257.

30. Cerel J, Fristad MA, Weller EB, Weller RA. Suicide-bereaved children and adolescents: II. Parental and family functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 437-444.
31. Cerel J, Fristad MA, Verducci J i wsp. Childhood bereavement: psychopathology in the 2 years postparental death. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45: 681-690.
32. Brent D, Melhem N, Donohoe MB, Walker M. The Incidence and Course of Depression in Bereaved Youth 21 Months After the Loss of a Parent to Suicide, Accident, or Sudden Natural Death. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 786-794.
33. Li J, Vestergaard M, Cnattingius S i wsp. Mortality after parental death in childhood: a nationwide cohort study from three Nordic countries. *PLoS Med* 2014; 11: e1001679.
34. Rostila M, Saarela JM. Time does not heal all wounds: Mortality following the death of a parent. *J Marriage Fam* 2011; 73: 236-249.
35. Guldin M-B, Li J, Pedersen HS i wsp. Incidence of Suicide Among Persons Who Had a Parent Who Died During Their Childhood: A Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 1227-1234.
36. Kissane DW, McKenzie M, Bloch S i wsp. Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1208-1218.
37. Sandler IN, Ayers TS, Wolchik SA i wsp. The family bereavement program: efficacy evaluation of a theory-based prevention program for parentally bereaved children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 587-600.
38. Hagan MJ, Tein J-Y, Sandler IN i wsp. Strengthening effective parenting practices over the long term: effects of a preventive intervention for parentally bereaved families. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2012; 41: 177-188.
39. Sandler I, Ayers TS, Tein JY i wsp. Six-year follow-up of a preventive intervention for parentally bereaved youths: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010; 164: 907-914.
40. Kalantari M, Yule W, Dyregrov A i wsp. Efficacy of writing for recovery on traumatic grief symptoms of Afghani refugee bereaved adolescents: a randomized control trial. *Omega* 2012; 65: 139-150.
41. Luecken LJ, Hagan MJ, Sandler IN i wsp. Cortisol levels six-years after participation in the Family Bereavement Program. *Psychoneuroendocrinology* 2010; 35: 785-789.
42. Christ GH, Raveis VH, Seigel K i wsp. Evaluation of a preventive intervention for bereaved children. *J Soc Work End Life Palliat Care* 2005; 1: 57-81.
43. McClatchey IS, Vonk ME, Palardy G. Efficacy of a Camp-Based Intervention for Childhood Traumatic Grief. *Res Soc Work Pract* 2008; 19: 19-30.
44. Walker A. Ethics, research, and dying or bereaved children. W: Corr C, Balk D (red.). *Children's encounters with death, bereavement and coping*. Springer Pub. Co., New York 2010.
45. Rolls L, Payne SA. Children and young people's experience of UK childhood bereavement services. *Mortality* 2007; 12: 281-303.
46. For young people – What is grief? – Child Bereavement UK: Child Bereavement UK [Internet]; dostępne na: <https://child-bereavementuk.org/what-is-grief/> (dostęp: 24.01.2019).
47. The Irish Childhood Bereavement Network [Internet]. Irish Childhood Bereavement Network; dostępne na: <https://www.childhoodbereavement.ie/> (dostęp: 24.01.2019).
48. Winston's Wish – giving hope to grieving children [Internet]. Winston's Wish; dostępne na: <https://www.winstonswish.org/> (dostęp: 24.01.2019).
49. Tumbo Pomaga – Strona główna [Internet]; dostępne na: <http://www.tumbopomaga.pl/> (dostęp: 24.01.2019).